第３号様式（第８条関係）

年　　　月　　　日

鹿屋市病児保育事業利用申込書

実施施設長　様

申請者　　住所

（保護者）　氏名

児童との続柄（　　　　　　）

電話番号　　　―　　　　―

病児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 性　別 | 男・女 | 生年月日（年　齢） | 　　年　　 月　　　日（　　　　歳　　　か月） |
| 児童氏名 |  |
| 在園・在校中の施設名称 | （保育所（園）・幼稚園・認定こども園・小学校） |
| 申込の理由(家庭で保育できない理由) | □就労　　□傷病　　□事故　　□出産　　□冠婚葬祭□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日の（　　　　）日間 |
| 児童のお迎え | 迎えに来る方の氏名：　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）退所予定時間：　　時　　　分頃、電話番号　　　―　　　　― |
| 事業の利用状況 | 病児保育事業の利用は、（　はじめて　・　利用有り　） |

|  |
| --- |
| 病気の症状等について病名（わかっている場合）〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕主な症状　　□発熱　□下痢　□嘔吐　□咳嗽（せき）　□喘鳴（呼吸時の音）　□発疹その他、気になる症状など、ご自由にお書きください。 |
| いつからこの症状がはじまりましたか、経過をお書きください。 |
| 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。（　□使用した　□使用していない　）昨日から今朝（現在）の症状についてお書きください。 |

（実施施設長の意見）

|  |
| --- |
| □（１）上記について、承諾する。□（２）上記について、不承諾とする。（理由） |

注　１　□欄については、該当項目にレ印を記入してください。

　　２　母子手帳、健康保険証、及び薬剤情報提供書又はお薬手帳を持参してください。